

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

Identificação do doente

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

Nome do procedimento: Ecocardiograma de Sobrecarga com Dipiridamol

Objetivo: O ecocardiograma de sobrecarga com Dipiridamol tem como objetivo principal avaliar a doença das artérias coronárias, que são os vasos que levam sangue ao músculo cardíaco.

Modo de realização: Este exame permite o estudo do coração através de ultrassons (ecocardiografia), enquanto se administra através duma veia, em simultâneo, um medicamento (dipiridamol) que identifica áreas do músculo cardíaco com isquémia, que corresponde a falta de irrigação cardíaca por doença das artérias coronárias (os vasos que levam sangue ao músculo cardíaco). O doente permanece deitado durante a prova e é necessário a punção de uma veia no braço para a administração do medicamento, sendo controlada a pressão arterial, a frequência cardíaca, o eletrocardiograma e a contração do coração

Efeitos esperados e eventuais benefícios: Este exame permite avaliar a existência de doença das artérias coronárias.

Alternativas terapêuticas: Não aplicável.

Riscos/complicações: Podem surgir sintomas (dores de cabeça, náuseas, dor no peito) e descida da pressão arterial, que aliviam e desaparecem rapidamente quando termina a administração de dipiridamol. Em certos casos de doença coronária importante podem surgir alterações do ritmo cardíaco, desmaio e, muito ocasionalmente, enfarte de miocárdio, habitualmente não fatal, ou insuficiência cardíaca. A frequência destes efeitos adversos é de cerca de 0,2%.

Outras informações:

- Se sabe que está grávida (ou se for possível que esteja), por favor comunique-o ao médico antes de iniciar o exame.
- A existência de outras patologias associadas/comorbilidade ou características específicas do doente, poderão estar associadas a risco acrescido de complicações.

Local de realização/Contactos:

- Unidade de Técnicas não Invasivas de Cardiologia
- Polo HSM: Tel - 217 805 351 / E-mail: unidadedetecnicasdecardiologia@chln.min-saude.pt
- Polo HPV: Tel – 217 548 469

Confirmando que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Data:

Foi entregue cópia deste documento doente representante legal

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do exame proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

O doente representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

IMP 010.03/17

De acordo com: Norma da DGS Nº 015/2013 de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015; Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) – Jornal Oficial da União Europeia (Edição em Língua Portuguesa), L119, 59º ano, 4 de Maio de 2016.

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O doente representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O doente representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:
